

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の(右づめ)	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="1"/>
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	住所	(〒 000 - 0000) 千葉 都 道 府 県 千葉市〇〇区〇〇〇〇1-2-3		電話番号(日中の連絡先)	TEL 000 (000) 0000	

下記のとおり、特定疾病療養受療証の交付を申請します。

令和 () 3 年 2 月 1 日

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	健保 花子	続柄	妻	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 54年 5月 1日
	疾病名 [1から3の該当疾病] [1に〇をしてください]	① 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)					

下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付ください。

医師の意見欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> ()
	医療機関の所在地	
	医療機関の名称	
	医師の氏名	
	電 話	()

備考欄

常務理事	事務長		担当者

受付日付印
